

УДК 616.36-004.5-06:616-005.1-072.1

РОЛЬ ЭНДОСКОПИИ В ВЫБОРЕ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

*Н.В. Ташкинов¹, С.Н. Качалов^{1,2}, Ю.С. Сигаева², С.И. Чичкань^{1,2}, А.В. Пырх^{1,3}*¹Дальневосточный государственный медицинский университет (680000 г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 35),²Дорожная клиническая больница на ст. Хабаровск-1 ОАО РЖД (680022 г. Хабаровск, ул. Воронежская, 49),³Консультативно-диагностический центр «Вивея» (680000 г. Хабаровск, ул. Запарина, 83)*Ключевые слова: эндоскопия, ультрасоноскопия, пищевод, лигирование вен.*

Проведен анализ результатов эндоскопической профилактики рецидивов кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода у 37 больных с синдромом портальной гипертензии. В основной группе (17 человек) выполнялось эндоскопическое лигирование вен под ультразвуковым контролем. В контрольной группе проводилось эндоскопическое лигирование по стандартной методике. Отмечено уменьшение частоты рецидивов пищеводных кровотечений с 60 до 29,4 % (в контрольной и основной группах соответственно) при сроке наблюдения до 18 месяцев.

На современном этапе развития эндоскопии, внедрение эндоскопических методов эрадикации варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП) происходит практически повсеместно. Установлено, что добиться полного устранения варикоза вен пищевода можно только при программном повторении курсов эндоскопического лечения [2, 5]. С этой целью используются эндоскопическое лигирование и склеротерапия с последующей обработкой аргоновой плазмой слизистой оболочки в ВРВП.

У части больных, несмотря на неоднократные курсы эндоскопического лечения, через некоторое время возникает рецидив заболевания и как следствие – пищеводное кровотечение [3, 4]. Выполнение аргоноплазменной коагуляции слизистой оболочки пищевода без четкой уверенности в отсутствии кровотока по варикозным венам и наличии расширенных венозных коллекторов большого диаметра также может привести к кровотечению [6, 7]. В связи с этим становится актуальным вопрос о контроле эффективности эндоскопического лечения. В настоящее время с этой целью используется стандартный визуальный осмотр, который, однако, является достаточно субъективным методом и не дает точного представления о состоянии венозных структур дистальной трети пищевода.

В последние годы появились сообщения о применении эндоскопии в качестве метода диагностики ВРВП [1, 8]. Однако до сих пор не определены показания и сроки применения этого метода, а также чувствительность и специфичность эндоскопии в оценке результатов эндоскопического лечения.

Материал и методы. Обследованы 17 пациентов с ВРВП III–IV степени (по классификации К.-J. Raquet), перенесших эпизод кровотечения, которым после

первого курса лигирования вен выполнялась эндоскопическая ультрасоноскопия аппаратом Olympus UE 160 AL5 в доплеровском режиме с датчиком Olympus EXERA II EU-M60, проведенным через рабочий канал эндоскопа. Согласно классификации Японского общества по изучению портальной гипертензии (2010), при эндоскопии пищевода анализировали подслизистые, перфорантные, перизофагеальные и параэзофагеальные вены. Локализовали участок пищевода, где имелись изучаемые венозные структуры, и его расстояние от резцов.

По результатам обследования у всех пациентов были установлены признаки неэффективности эндоскопического лигирования вен (оценка эффективности осуществлялась по наличию или отсутствию подслизистых вен с гетероэхогенным содержимым и определению их размера). При этом наличие перфорантных вен в нижней трети пищевода зарегистрировано во всех случаях. С учетом локализации перфорантных и подслизистых вен с признаками сохранившегося кровотока проводили последующие курсы лигирования (количество лигирований при этом снизилось вдвое).

При наличии подслизистых вен диаметром менее 3 мм и функционирующих перфорантных вен приступали ко второму этапу эндоскопического лечения – аргоноплазменной коагуляции слизистой оболочки пищевода. После этого соноскопически определялся индекс гипертрофии слизистой оболочки (ИГСО) пищевода: отношение толщины слизистой у конкретного пациента к нормальным показателям (значение индекса при эффективной индукции фиброза слизистой пищевода более 1, табл.). Контролем послужили 20 наблюдений с ВРВП, где эндоскопическое лигирование было продолжено по стандартной методике. При этом места для наложения лигатур определялись только визуально (аргоноплазменная коагуляция в связи с опасностью кровотечений этой группе больных не выполнялась).

Результаты исследования и обсуждение полученных данных. Количество курсов лигирования ВРВП, потребовавшихся для их эрадикации, в основной группе было от 3 до 4, в контрольной – от 5 до 8. При этом уменьшалось и количество используемых лигатур: в основной группе – 5–8 колец, в контрольной группе – 8–10 колец. Рецидивы кровотечений в срок до 18 месяцев в основной группе зарегистрированы в 5 (29,4%), в контрольной – в 12 (60%) случаях. Это отразилось и на

Таблица

Динамика показателей эрадикации ВРВП после лигирования под эндоскопическим контролем

Кол-во курсов лигирования	Эндоскопические показатели, кол-во наблюдений				ИГСО
	подслизистые вены диаметром более 3 мм		перфорантные вены		
	абс.	%	абс.	%	
1 курс (n=17)	17	100,0	15	88,0	0,90–1,00
3 курса (n=17)	9	53,0	2	11,7	1,00–1,25
5 курсов (n=17)	1	5,9	0	0,0	1,00–1,75

общей выживаемости пациентов: в основной группе 15 (88,2 %), в контрольной – 15 (75 %) человек.

Таким образом, применение эндоскопии позволяет объективно оценить состояние ВРВП и определить показания к проведению аргонплазменной коагуляции и эндоскопического лигирования: наличие вен диаметром менее 3 мм и наличие вен диаметром более 3 мм соответственно. Выполнение эндоскопического лигирования и аргонплазменной коагуляции под контролем эндоскопии сопровождается меньшим количеством рецидивов кровотечений (по сравнению с изолированным применением эндоскопического лигирования) и позволяет достичь элиминации вен пищевода меньшим количеством курсов эндоскопического лигирования.

Литература

1. Орлов С.Ю. Эндоскопия – современный метод диагностики варикозного расширения вен пищевода при портальной гипертензии // Современные направления диагностики и лечения портальной гипертензии: тез. докл. VIII научно-практической конференции. СПб., 2002. С. 1–4.
2. Перерва О.В., Сотниченко Б.А., Макаров В.И. Сравнительная оценка эффективности эндоскопического лигирования и эндоскопической склеротерапии при кровотечениях из варикозно-

расширенных вен пищевода // Тихоокеанский мед. журн. 2008. № 4. С. 35–37.

3. Турмаханов С.Т. Роль непарной вены в патогенезе варикозного расширения вен пищевода и желудка и кровотечений из них при портальной гипертензии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Нижний Новгород, 2001. 24 с.
4. Шерцингер А.Г., Жигалова С.Б., Федотов Е.В. и др. Патогенез гастроэзофагеального кровотечения у больных декомпенсированным циррозом печени // Анналы хирургической гепатологии. 2008. Т. 13, № 2. С. 54–57.
5. Chen C., Chang T. Prophylactic endoscopic variceal ligation for esophageal varices // Gastroenterology. 1997. No. 1. P. 112–124.
6. Cipoletta L., Bianco M.A., Rotondano G. et al. Argon plasma coagulation prevents variceal recurrence after band ligation of esophageal varices: Preliminary results of a prospective randomized trial // Gastrointest. Endosc. 2002. Vol. 56. P. 467–471.
7. Matsui S. Comparison of argon plasma coagulation and para-variceal injection sclerotherapy with 1 % polidocanol in mucosa-fibrosing therapy for esophageal varices // J. Gastroent. 2004. No. 4. P. 397–399.
8. Takashi T., Hiroshi Y., Katsutoshi O. et al. General rules for recording endoscopic findings of esophagogastric varices // Digestive Endoscopy. 2010. Vol. 22, No. 1. P. 1–9.

Поступила в редакцию 28.03.2011.

ROLE ENDOSCOPY IN CHOOSING METHODS OF PREVENTING ISSUE OF BLOOD FROM VARICOSE VEINS OF OESOPHAGUS

N.V. Tashkinov¹, S.N. Kachalov^{1,2}, Yu.S. Sigaeva², S.I. Chichkan^{1,2}, A.V. Pyrkhi^{1,3}

¹Far Eastern State Medical University (35 Muraviova-Amurskogo St. Khabarovsk 680000 Russia), ²Railway Clinical Hospital at the Khabarovsk-1 Station, JSC RZHD (49 Voronezhskaya St. Khabarovsk 680022 Russia), ³Consulting Diagnostic Centre "Vivea" (83 Zaparina St. Khabarovsk 680000 Russia)

Summary – The authors analyse results of endoscopic prevention of recurrent issues of blood from varicose veins of oesophagus in 37 patients with portal hypertension syndrome. The primary group (17 patients) underwent endoscopic ultrasound-controlled ligation of veins. The control group underwent traditional endoscopic ligation. The authors highlight decreasing recurrence rate of oesophageal issues of blood from 60 to 29.4 % (in control and primary groups, respectively) during the follow-up period lasting up to 18 months.

Key words: endoscopy, ultrasonoscopy, oesophagus, ligation of veins.

Pacific Medical Journal, 2011, No. 4, p. 78–79.

УДК 616.366-089.87:616.381-072.1

ДВУХПРОКОЛЬНАЯ ТРЕХПОРТОВАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ

С.С. Ельцин¹, Г.М. Рутенбург^{1,2}

¹Елизаветинская больница (195257 г. Санкт-Петербург, ул. Вавиловых, 14), ²Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (197022 г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6/8)

Ключевые слова: лапароскопия, единый доступ, мини-лапароскопия, холецистэктомия.

На основании 134 лапароскопических холецистэктомий у женщин 18–50 лет рассматриваются особенности выполнения вмешательств через три порта, установленных в двух ранах передней брюшной стенки. Использование инструментов малого диаметра позволило добиться практически идеального косметического эффекта и минимизировать число осложнений. Перспективой данного направления можно считать разумное сочетание технологии единого лапароскопического доступа с мини-лапароскопией.

Рутенбург Григорий Михайлович – д-р мед. наук, профессор кафедры факультетской хирургии СПбМУ, врач-хирург Елизаветинской больницы; e-mail: gmrutenburg@mail.ru

Развитие лапароскопических технологий, появление на рынке новых инструментов определили стремление хирургов еще более уменьшить травматичность доступа к органу-мишени [1, 4, 5]. Совершенствование лапароскопической техники здесь идет по пути разработки новых и альтернативных доступов. Снижение травматичности трансабдоминального доступа может быть достигнуто за счет уменьшения количества портов, а также за счет уменьшения диаметра инструментов. Единый лапароскопический доступ (ЕЛД) подразумевает сведение